Aus der gynäkologischen Klinik in Basel.
Direktor: Professor Dr. von Herff.

Ueber

Behandlung der Placentarpolypen

nach

rechtzeitigen und frühzeitigen Geburten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Fridolin Portmann,
prakt. Arzt
von Escholzmatt (Luzern).

Genehmigt auf Antrag von Professor
Dr. Otto von Herff.

SARNEN
Druck von Louis Ehrli
1910

Unter dem Namen Placentarpolypen verstehe ich in meiner Arbeit im Einklang mit der Großzahl der Autoren nicht nur die Placentarpolypen im engern Sinn, die zur Hauptsache aus in utero retiniertem Placentargewebe bestehen, sondern auch die sogen. fibrinösen Polypen, die aus Blutgerinseln und Fibrin bestehen, weil sie im Innern meist kleine Reste von Eihäuten oder Placentargewebe enthalten. Denn eine strikte Grenze zwischen fibrinösem und Placentarpolyp ist, wie v.-Braun in von Winckels Handbuch der Geburtshilfe sagt, auch auf anatomischer Grundlage schwer zu ziehen. — Wenn ich anderseits mein Thema auf Behandlung der Placentarpolypen nach Partus maturus resp. praematurus einschränke und alle jene Fälle ausschließe, die unter der Diagnose: „Retention von Placentarresten nach Abort" oder auch direkt unter der Diagnose: „Placentarpolyp nach Abort" mir in den Krankengeschichten begegneten, so liegt der Grund darin, daß diese letztern Fälle bezüglich Prognose andere Würdigung verdienen, und daß ein intrauteriner Eingriff nach Partus materus oder praematurus im allgemeinen viel schwerwiegender ist in Bezug auf seine etwaigen Folgen, als nach Abort.

Soweit ich die Behandlung der Placentarpolypen in der Literatur zurückverfolgte, ertönte mir nur eine Stimme von Seiten verschiedener Autoren entgegen, und zwar die der operativen Entfernung, sei es manuell, sei es instrumentell. Die ältesten Zeilen über dieses Thema, denen ich begegnete, finden sich in Hegars Werk: „Die Pathologie und Therapie der Placentarretention" vom J. 1862. Hegar schreibt im Kapitel: „Behandlung der längere Zeit retinierten Placenta oder der Placentarreste bei rechtzeitigen Niederkünften": „Es erscheint von vornherein die manuelle oder instrumentelle Entfernung der Placenta als das radikalste und zweckmäßigste Heilverfahren". Aber schon Hegar stellt gewisse Bedingungen auf, unter welchen dieses aktive Verfahren nicht einzuschlagen sei.

Er sagt: „Die Entfernung des Kuchens oder der Kuchenreste ist daher bloß dann indiciert, wenn kein bedeutender Grad von Metritis besteht, wenn man in dem geöffneten Cervix eine Partie der Placenta gelöst findet und mit den Fingern in die Uterinhöhle eindringen kann.“ Weiter empfiehlt Hegar in den Fällen, wo man mit den Fingern nicht zum Ziele kommt, die Anwendung der Polypenzange. Wenn aber die Kausalindikation, die Entfernung der Placenta oder deren Teile, nicht zu erfüllen sei, dann trete eine gegen die Komplikationen und Folgezustände, spez. gegen die Blutung gerichtete Behandlung ein. Und in dieser letztern Hinsicht empfiehlt Verf. von seinem damaligen Standpunkte aus in erster Linie die Injektion von kaltem Wasser und Chloreisen.

Eine ziemlich eingehende Darstellung der Behandlung der Placentarpolypen gibt Schröder in seinem Werke: „Ueber fibrinöse und Placentarpolypen“. Nach Schröder soll man unter Entgegendrücken des Uterus versuchen, mit dem Finger den Stiel des Placentarpolypen durchzukneifen, event. mit Zuhilfenahme des Fingernagels. Doch hält Verf. dafür, daß es in den meisten Fällen besser gelinge, denselben mit einer Zange zu fassen und abzudrehen, oder den Stiel durchzuquetschen. Er empfiehlt spez. die Kornzange, bei deren Einführen in die Cervix der Uterus durch einen Assistenten entgegenzudrängen sei. Auch für den Fall, wo die Lösung digital geschah, die Herausbeförderung des Polypen aber Schwierigkeiten macht, wendet Verf. die Zange zu diesem letzteren Zwecke an, indem er im schwierigsten Fall den Polypen stückweise mit der Zange herauszuziehen versucht. Bei schwerem vorausgegangenem Blutverlust und nach der Operation noch anhaltender Blutung empfiehlt Schröder die Tamponade der Scheide, auf die man sich getrost verlassen könne, da der Uterus sich dann nicht mehr so weit ausdehnen lasse, daß er eine nennenswerte Quantität Blut fassen könne, und man also nicht zu fürchten habe, daß man durch die Tamponade die äußere Blutung in eine innere verwandle. „Die Tamponade“, fährt Verf. fort, „die auch stets, wenn die Loslösung oder die Extraktion des Polypen Schwierigkeiten macht, anzuwenden ist, hat außerdem noch den Vorteil, daß die Cervix sich bei derselben stärker erweitert und nicht selten auch den, daß der Tumor gelöst und ausgestoßen wird.“ Weiter sagt Verf., daß es nicht

nötig sei, die kleinsten Fibrinkoagula an der Placentarstelle und Deciduafetzen an der ganzen Innenwand des Uterus zu entfernen, da solche häufig vorkommen, ohne irgend welche Erscheinung zu machen, und da kleine Reste mit den Lochien spontan abfließen. „Besser," schreibt Verf., „dieselben zurückzulassen, als bei der Entfernung die Uteruswand zu insultieren. — Nach der Entfernung schließt sich die Cervix allmählich, und die Genesung erfolgt, wenn die Blutung nicht profus gewesen ist, meist ziemlich schnell."

Schröder führt in seinem Werke bestimmte therapentische Maßregeln an, die unter Umständen geeignet sind, den Placentarpolypen spontan abgehen zu machen, und nach ihm kann mitunter die intrauterine Operation nachteilig werden. Verfasser nennt jedoch als einzige Gefahr die mechanische Läsion des Uterus bei der operativen Entfernung des Polypen.

E. Fränkel berichtet über einen Fall von Placentarpolyp aus der gynäkol. Poliklinik in Breslau, bei dem wegen starker Blutung zuerst die Tamponade des Cervikalkanals und der Vagina und nach Ueberführung in die Klinik die teils manuelle, teils instrumentelle Entfernung des Placentarpolypen mit der Kornzange vorgenommen wurde, mit nachfolgender Aetzung des Endometriums mit Ferrum sesquichloratum solutum. Die Frau genaß ohne Reaktion auf den Eingriff. Auch Fränkel empfiehlt nach dem Vorgehen von Prof. Spiegelberg bei nicht eröffneter Cervix die Tamponade, aber in Form des heute aus aseptischen Gründen mehr in den Hintergrund getretenen Preßschwammes, als dessen Vorteile drei hervorzuheben seien: 1) eine vorbereitende, dilatierende Wirkung, 2) die Funktion als hämostatischer Tampon und 3) die Eigenschaft eines Ecbolicum, indem nach Spiegelberg dadurch die expulsive Tätigkeit des Uterus angeregt und der Polyp unter Umständen schon vor der Operation ausgestoßen werde.

Während Heidemann, angeblich wegen der häufigen Komplikation des fibrinösen Placentarpolypen mit Thrombose, beim Auftreten von Metrorrhagien selbst beim Verdacht auf Placentarpolyp zunächst nicht intrauterin eingreifen will, resp. nur bei sehr starken Blutungen und Zersetzungen, vertritt anderseits Zweifel den Standpunkt, bei Retention von Placentarresten stets einen intrauterinen Eingriff zur Entfernung derselben vorzunehmen. Den gleichen Standpunkt teilt Olshausen.

Estéoule verlangt in seiner Dissertation „Ueber Placentarpolypen“ wegen der großen Gefahr jedes retinierten Placentarrestes, in ein Chorionepithelion übergehen zu können, sofortige Entfernung desselben mit anschließender Curettage und mikroskopischer Untersuchung, und im Wiederholungsfall der Blutung eine erneute Curettage.

E. Herz empfiehlt, bei der Entfernung von Placentarpolypen keine Zangeninstrumente wegen Gefahr der Verletzung des Uterus anzuwenden und gebraucht statt deren nur den einen Löffel einer Abortzange.

„Die beste Methode bei zurückgebliebenen Placentarresten,“ sagt J. Cappon, „ist die Ausräumung mit dem Finger“.

Auch Keinwächter, der die Entfernung des bestehenden Placentarpolypen unbedingt fordert und die Prognose, „wenn die Kranke nicht bereits von früher her septisch inficiert ist, und bei dem operativen Eingriffe, sowie bei den Untersuchungen die antiseptischen Cautelen strenge eingehalten werden“, für eine absolut günstige hält, bevorzugt in frischen Fällen zur Entfernung des Polypen den Finger. „Dort dagegen,“ fährt Verf. weiter, „wo der Placentarpolyp bereits längere Zeit besteht, und die Schleimhaut konsekutiv erkrankt ist, empfiehlt es sich, nach Entfernung des Gebildes die Uteruswand zu curettieren und namentlich die Stelle, an der der Polyp gesessen.“ Verfasser empfiehlt ferner zur Stillung von eventuellen postoperativen Blutungen intrauterine Irrigationen und größere Dosen von Ergotin, sowie namentlich in den Fällen, in denen die Excochleation zur Anwendung kam, die nachträgliche Tamponade des Uteruscarum, und endlich als Nachbehandlung leichte antiseptische Spülungen der Vagina bei gleichzeitiger Bettruhe.

Während Walther in seiner Arbeit: „Spätblutungen im Wochenbett, verursacht durch Placentarpolypen“ im allgemeinen vor übereiltem intrautinem Eingriff warnt wegen Gefahr der Infektion und der Perforation, möchte er denselben bei Retention von Eihaut- und Placentarresten und gleichzeitigen Blutungen nicht umgehen, und er hält die Situation für den sonst einzuschränkenden Gebrauch von Instrumenten, wie Kornzange, Polypenzange und Curette hier insofern für günstiger, als der Weg, der Cerikalkanal, in den meisten Fällen gut vorbereitet sei. „Nach vorheriger Scheidenspülung,“ sagt Verf., „geht man mit 1 bis 2 Fingern in die Uterushöhle, hackt sich die Portio mit Kugelzange an, zieht so den Uterus über

die in demselben operierenden Finger; so schält man stumpf so viel als möglich ab; größere Teile lassen sich leicht mit Korn- oder Abortzange fassen; nur die fest an der Wand haftenden Deciduafetzen dürfen unter Leitung des Fingers mit der Curette unter geringem Druck gegen die Wand entfernt werden." Nach der Ausräumung hält Walther eine Uteruslysolspülung für angezeigt, sowie eine Uterovaginaltamponade, um vor weitern Blutungen zu schützen und den Uterus zur Involution anzuregen, eventuell bei starken Blutungen spezielle entsprechende Maßnahmen.

Eine klare und ausführliche Auseinandersetzung der Behandlung der Placentarpolypen begegnete mir in der Abhandlung von v. Braun in von Winckels „Handbuch der Geburtshilfe". Von Braun macht vorerst auf die Prophylaxe aufmerksam, die in einer rationellen Leitung der Nachgeburtsperiode, spez. in einem zuwartenden Verhalten und Vermeidung von vorzeitiger Expression der Placenta besteht, wodurch der Retention von Placentar- und Eihautteilen und dadurch der Entstehung von fibrinösen und Placentarpolypen nach Kräften vorgebeugt wird. Er empfiehlt sowohl bei den meist getielten fibrinösen Polypen, wie auch bei den meist breitaufritzenden Placentarpolypen im strikten Sinn in erster Linie die Ausräumung mit dem Finger, unter Entgegendrücken des Fundus uteri. Erst da, wo der Finger nicht auskommt, tritt nach von Braun die Kornzange oder noch besser die Schultzesche Löffelzange in ihr Recht, eventuell auch die Curette. Der Verfasser betont die Notwendigkeit der antiseptischen Uterin- und Vaginalspülungen vor der Operation, wobei er das Sublimat für beides ausschließt. Ebenso soll nach der Operation eine intrauterine Irrigation folgen. Eine nachherige Auswischung des Uteruscarums mit Jodtinktur hat nach von Braun für gewöhnlich keine Bedeutung. Er schließt an solche Ausräumungen grundsätzlich eine Jodoformgazetamponade des Uterus an, die nach ihm in dreifacher Hinsicht vorteilhaft wirkt, nämlich: 1) den Uterus zu energischer Kontraktion anregt, 2) antiseptische Wirkung hat und 3) bewirkt, daß eventuell in utero noch vorhandene, abgequetschte oder excochleierte Gewebsteile mit der Entfernung des Tampons herausgezogen werden. Nach der Entfernung desselben muß ferner eine Irrigation der Vagina folgen. Zugleich empfiehlt auch von Braun

in den ersten Tagen nach der Operation Verabreichung von Secale. Bei uneröffnetem Cervikalkanal rät Verf. zur Dilatation vor der Operation folgende Hilfsmittel an: den Laminariastift, die Hegarschen Stifte, die intrauterine Jodoformgazetamponade oder endlich ein von ihm selbst zu diesem Zwecke erfundenes Drainrohr, das, über eine Sonde gedehnt, in den Uterus eingeführt wird. — Verfasser verlangt ferner, daß die Polypenzange ein dickes, kolbiges Ende habe, daß die Ränder der Löffel ganz abgestumpft seien, um eine Läsion der Uteruswand zu vermeiden und gibt ferner Winke, um eine derartige Verletzung zu verhüten in den Fällen, wo der Polyp die Uteruswand invertiert und man gezwungen ist, den Stil des Polypen durchzuschneiden. Endlich macht der Verfasser aufmerksam, daß jeder Verdacht, eine Infektion habe schon das Endometrium überschritten und besonders jede gleichzeitig bestehende Pelveocellulitis, Pelveoperitonitis oder Salpingitis eine strikte Kontraindikation für jede intrauterine Manipulation sei, selbst bei bestehenden Blutungen. In diesen Fällen besteht die Behandlung der Blutungen in der Darreichung von Ergotin, in kalten Ausspülungen und in vorsichtiger Tamponade der Vagina.

Wie wir sehen, stimmen in der Forderung der Entfernung der Placentarpolypen durch intrauterine Eingriffe so gut wie alle Autoren überein. Als eventuell auftretende Gefahren dieses Eingriffes haben wir nur erwähnt gefunden die Kombination des Polypen mit Thrombose, die mechanische Läsion des Uterus, endlich die Weiterverbreitung einer Infektion, die vor dem Eingriff schon entweder bloß das Endometrium ergriffen [Hegar] oder dasselbe bereits überschritten hat [von Braun].

Ich habe nun auf Anregung meines verehrten Lehrers, des Professors Dr. von Herff, dem ich hiemit meinen verbindlichsten Dank ausspreche, aus dem Krankenmaterial der gynäkologischen Abteilung der Basler Universitätsfrauenklinik aus den Jahren 1896 bis 1909 inkl. 15 Fälle von Placentarpolypen nach rechtzeitiger, resp. frühzeitiger Geburt zusammengestellt, um die Erfolge oder Mißerfolge und eventuellen Gefahren der sogen. aktiven Therapie bei Placentarpolypen besser studieren zu können. Ich lasse vorerst die Krankengeschichten dieser 15 Fälle folgen.

Fall I. 1897. Nr. 53.

Frau Sch.-N., 42 Jahre alt. Eintritt: 18. I.; Austritt: 1. II.

Anamnese: 9 Entbindungen, darunter 2 Aborte. Letzte Geb. 1894 im Spital, spontan; aber Eihäute bis auf ein kleines Stück Chorion retiniert. Wochenbett fieberfrei. 17 Tage p. p. spontaner Abgang eines zirka handtellergroßen Gewebfetzens unter Kreuzschmerzen, Kopfweh und Uebelkeit. Seit dieser Zeit immer kränklich, Periode unregelmäßig, stärker und von längerer Dauer [10—12 Tage]. Früher schon etwas Fluor albus, seit letzter Geburt stärker. Letzte Periode Ende Dezember 1896. Seither immer Abgang von Blut, Schwäche und Arbeitsunfähigkeit, stechende Schmerzen im Abdomen und im Kreuz, besonders beim Treppensteigen. Bei jeder Anstrengung Atembeschwerden, Herzklopfen, Kopfweh. Stuhl obstipiert.

Statuspraesens: Blaße Pat. Herz und Lunge normal. Vagina weit. Portio tiefstehend, groß, mit alten Einrissen, leicht klaffend. Uterus antevertiert, beweglich, etwas vergrößert, besonders im Sagittaldurchmesser; nicht empfindlich. Blutiger Ausfluß. In der rechten Tubenecke ein bohnengroßer, kurz gestielter, weicher Polyp zu fühlen.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: Nach zweimaliger Einlegung eines Laminariastiftes am 20. I. u. 21. I., Curettage am 22. I., Vaginaltamponade. 23. I.: Entfernung des Tampon. 28. I.: Wohlbefinden. 1. II.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Allgemeinbefinden gut, Muttermund geschlossen, Uterus klein. Kein Blutabgang mehr.

Temperatur und Puls: Höchste Morgentemperatur 36,8, Puls 84. Höchste Abendtemperatur 37,2, Puls 88; also immer afebril.

Fall II. 1899. Nr. 221.

Frau K.-R., 38 Jahre alt. Eintritt: 27. V.; Austritt 6. VI.

Anamnese: 4 normale Geburten, 1 Fehlgeburt im 6. Mon. Letzte, normale Geburt 1886. Seit 1887 Witwe. Letzte Regel Ende Januar 1899. Seither oft heftige Leib- und Kreuzschmerzen. Ende April während der Arbeit plötzlich Abgang von dunklem Blut mit fetzigen Massen. Blutung steht nach einer Viertelstunde spontan, Leibschmerzen dauern weiter. Am 27. V. morgens starke Steigerung der Leibschmerzen. Pat. geht auf den Abtritt; plötzlich wieder Abgang von Blut. Pat. legt sich zu Bett und sucht, sobald die Blutung etwas nachläßt, das Spital auf. Kein Fluor. Appetit und Diurese normal, Stuhl opstipiert. — Am 30. V. findet man in der Wohnung der Patientin einen Fötus von 47 cm Länge.

Status praesens: Patientin etwas abgemagert. Herz und Lunge normal. Brüste gut entwickelt; Colostrum ausdrückbar. Abdomen weich, tympanitisch, nirgends druckempfindlich. Vulva klaffend, Vagina weit, Cervikalkanal für 2 Finger durchgängig, Fundus uteri reicht bis zum Nabel. In der rechten Tubenecke Reste von Placentargewebe. Douglas und Parametrien frei, Adnexe frei.

Diagnose: Placentarreste. Indikation zur Operation: Blutungen.

Behandlung und Verlauf: 27. V. Abgang von wenig Blut. Nach Desinfektion der Vagina Tamponade des Uterus und Cervikalkanals. 28. V.: Tampon nicht durchtränkt. 29. V. Entfernung des Tampon. Curettage in Chloroformnarkose. Kalte Uteruslysolspülung, Ergotin, Eisblase. — Nach dem Erwachen einmaliges Brechen. 3. VI.: Nur noch Spuren von mißfarbigem Ausfluß, keine putride Zersetzung. 5. VI.: Aufstehen, Spülungen mit Holzessig. 6. VI.: Austritt: Geheilt. Wegen Anklage auf Kindesmord in Untersuchungshaft abgeführt.

Status beim Austritt: Vulva klaffend; Portio stark zerklüftet; Corpus uteri faustgroß, mäßig hart, antefleketiert, wenig retroponiert; Orificium int. für den Finger durchgängig; Uterushöhle leer, glattwandig; blutigschleimiger Ausfluß, Adnexe frei.

Temperatur und Puls: Höchste Abendtemperatur 37,3; Pulszahl nie über 80.

Fall III. 1900. Nr. 428.

Frau Sch.-Sch., 28 Jahre alt. Eintritt: 26. X.; Austritt: 15. XI.

Anamnese: 2 Zangengeburten, letzte vor 6 Wochen. Damals sind die Eihäute unvollständig abgegangen. Pat. hat nach der letzten Geburt einen Blasenkatarrh durchgemacht, hat Fieber gehabt bis 38,4; sie klagt über Kreuzschmerzen und Schwäche. Appetit und Miction normal, Stuhl obstipiert.

Status praesens: Gut genährte, etwas blasse Patientin. Herz und Lunge normal. Brüste gut entwickelt, Milch enthaltend. Bauchdecken fettreich, schlaff. Vagina weit. Cervix geöffnet, Uterus etwas vergrößert, anteflektiert, beweglich. Aus dem Cervikalkanal starke Blutung. Mit der Curette entdeckt man in der linken Tubenecke eine wallnußgroße, weiche Masse. Adnexe frei.

Diagnose: Endometritis decitualis. [Die mikroskopische Untersuchung ergab Chorionzotten u. Decitualzellen in einem dichten Netz von Fibrin und Blut.]

Behandlung und Verlauf: 27. X.: Curettage in Chloroformnarkose: mehrere, wallnußgroße Stücke derben, körnigen Gewebes werden entfernt. Wegen starker Blutung kalte Lysoformspülungen. Jodoformgazetampon des Uterus und der Vagina. Abends: Allgemeinbefinden gut, Schmerzen unbedeutend. Tampon blutdurchtränkt, daher Entfernung. 28. X.: Viel Blutausfluß — Ergotin, Eisblase, kalte Sublimatspülung. 29. X.: Reichlich blutiger Ausfluß, gegen Abend geringer werdend. Schmerzen unbedeutend. 31. X.: Kein Ausfluß. 1. XI.: Wieder etwas Blutabgang. 3. XI. Untersuch auf dem Stuhl: Viel braunes Sekret aus dem Cervikalkanal. Uterusspülung mit Sublimat, dann mit Lysol. Intrauterine Injektion von 10prozentigem Chlorzink mit der Braun'schen Spritze. 4. XI.: Nur Ausfluß, kein Blut mehr. 8. XI.: Intrauterine Injektion von 10prozentigem Chlorzink. 12. XI.: Intrauterine Injektion von 20prozentigem Chlorzink. 15. XI.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Allgemeinbefinden gut. Uterus klein. Sekretion fast keine.

Temperatur und Puls: Höchste Temperatur und Pulszahl 37,8, P. 92 am 28. X.

Fall IV. 1900. Septische Abteilung. Nr. 52.

Frau R.-L., 39 Jahre alt. Eintritt: 18. VI.; Austritt: 3. VII.

Anamnese: 11 Entbindungen, darunter 2 Frühgeburten im 7. Mon. Letzte Geburt spontan am 5. VI. Nach der Geburt bewußtlos wegen großem Blutverlust. Hebamme kam erst post partum, erklärte die Nachgeburt für vollständig. In den ersten Tagen nach der Geburt Fieber und Frösteln. Hebamme kommt vom 10. VI. an nicht mehr! Am 17. VI. starke Blutung beim Aufstehen. Am 18. VI. wiederholt starke Blutung mit übelriechendem Ausfluß. Der herbeigerufene Arzt löst manuell ein handtellergroßes jauchig stinkendes Placentarstück mit Eihäuten und ordnet nach einer Lysolspülung den Eintritt ins Spital an.

Status praesens: Pat. von blaugelbem Aussehen. Sie kollabiert im Bade. Herz und Lunge normal. Brüste welk, aber milchreich. Abdomen nicht aufgetrieben, wenig druckempfindlich. Vulva klaffend; Uterus mehr als faustgroß, ziemlich hart; Cervix für 1 Finger durchgängig, Cavum Uteri leer, Parametrien frei. Urin ohne Eiweiß.

Diagnose: Putride Intoxikation durch Retention und Zersetzung von Placentarresten und Eihäuten. Febris in puerperio.

Behandlung und Verlauf: 18. VI.: Intrauterine Lysolspülung: 20 Liter. Abends Temp. 39,7; kein Schüttelfrost. 19. VI.: morgens Temp. 40,2, kein Frost. Pat. fühlt sich noch sehr elend; Wein, Ergotin. 20. VI.: Temperaturabfall. 25. VI.: Wohlbefinden, afebril. 30. VI.: Pat. steht auf, stillt ihr Kind, hat keine Beschwerden. 3. VII.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Uterus klein, hart, anteflektiert, in toto etwas nach hinter verlagert; Parametrien frei; kein Sekret.

Fall V. 1902. Nr. 359.

Frau B.-Sch., 32 Jahre alt. Eintritt: 6. X.; Austritt: 20. X.

Anamnese: 6 rechtzeitige Geburten, bei der 5. Geburt Zwillinge; nachher Venenentzündung; letzte Geburt 18. September 1902, Eihautretention. Seither immer noch wehenartige Schmerzen, besonders im Kreuz. Am 11. Tag nach der Geburt stund sie auf, am 12. Tag ging reichlich gestocktes Blut ab, ebenso seither, so oft Pat. aufgestanden ist.

Status praesens: Allgemeinaussehen gut. Herz und Lunge normal. Schlaffe Bauchdecken. Scheidenwand klafft; alter Dammriß rechts; mäßiger Blutabgang. Uterus von der Größe der 16. Woche. Orificium extern. klafft. Orificium int. vollständig geschlossen. In der Uterushöhle fühlt man in der linken Tubenecke einen Polypen.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: Manuelle Lösung und Extraktion des Placentarpolypen mit der Kugelzange, da die manuelle Extraktion mißlingt. Aetzung des Cavum uteri mit Carbolspiritus [50prozentig]. Prompte Kontraktion des Uterus. 8. X.: Geringer Ausfluß — Ergotin. 10. X.: Kein Ausfluß mehr, Wohlbefinden. — Heiße Spülungen. 11. X.:

Auf die Seite liegen; abends wieder wenig Ausfluß. 12. X.: Aufsitzen. 14. X.: Nur noch wenig Ausfluß. 15. X.: Aufstehen. 20. X.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Wohlbefinden, Uterus anteflektiert, gut involviert; keine Druckempfindlichkeit, kein Ausfluß.

Temperatur und Puls: Stets afebril.

Fall VI. 1905. Nr. 85.

Frau R.-V., 22 Jahre alt. Eintritt: 27. I.; Austritt: 7. II.

Anamnese: Primipara. Geburt am 12. I. 05 im Spital, spontan. Wegen starker Blutung Credé; erst nach mehreren Versuchen folgt Nachgeburt; leichte Atonie des Uterus, wird besser nach 2 Ergotininjektionen. Wochenbett normal, Pat. in gutem Wohlbefinden nach Hause entlassen. Uterus subinvolviert. Zu Hause fing es am nächsten Tage an zu bluten unter wehenartigen Krämpfen, 3 Tage lang, bis Pat. wieder ins Spital eintrat.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Herz und Lunge normal. Uterus anteflektiert, gut involviert. Orificium int. geschlossen. Urin u. Blase o. B.

Diagnose: Placentarreste. Indikation zur Operation: Blutung.

Behandlung und Verlauf: 28. I.: Ergotin, heiße Spülungen. Pat. hat Fieber: 38,1. 29. I.: Pat. klagt über Schnupfen und Kopfweh. 30. I.: Kein Schnupfen und Kopfweh mehr. Curettage des Cavum uteri: mit der großen und mittleren Curette werden aus der linken Tubenecke einige erbsengroße Placentarstücke herausbefördert. Intrauterine Chlorwasserspülung. Wegen starker Blutung cavum uteri mit Xeroformgaze tamponiert. Ergotininjektion. 31. I.: Abgang von wenig Blut. Herausnahme des Tampon; Ergotin und heiße Spülung. So auch die beiden folgenden Tage. 4. II.: Kein Blutabgang mehr. Auf die Seite liegen. 5. II.: Aufsitzen. 6. II.: Aufstehen. 7. II.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Uterus gut involviert, kein Blutabgang, keine Schmerzen mehr.

Temperatur und Puls:

	Morgens:	Abends:
27. I.:	—	37,4—86
28. I.:	37,6—96	38,4—104
30. I.:	37,2—86	38,1—102
31. I.:	37,9—96	38,8—114
1. II.:	36,6—88	37,5—108

Von hier an stets afebril.

Fall VII. 1905. Nr. 351.

Frau I.-A., 26 Jahre alt. Eintritt: 29. VII. Austritt: 8. VIII.

Anamnese: 5 Geburten, alle normal. Letzte Geburt 30. V. 05. Schon im Wochenbett stark blutiger Lochialfluß. Seither täglich Blutverluste. Nie Abgang von Fetzen. Kein Fieber, keine Schmerzen, kein Unwohlsein. Stuhlgang und Diurese normal. Der herbeigerufene Arzt schickte die Pat. ins Spital.

Status praesens: Blasse Patientin. Herz und Lunge normal. Brüste o. B. Bauchdecken schlaff. Vulva klafft. Ausfließen von schleimig-blutigem Sekret. Labium majus dext. zeigt einzelne Varicen. Auf der Schleimhautseite desselben schimmert eine haselnußgroße Cyste durch. Vagina weit. Portio etwas hinter der Führungslinie, in normaler Höhe. Uterus anteflektiert, leicht rekliniert, kugelig, derb, noch etwas groß. Orificium extern., Canalis cervicalis und Orificium int. für 1 Finger durchgängig. In der Höhe des innern Muttermundes der untere Pol eines derben Gebildes zu fühlen, das anscheinend an der hintern Wand ansetzt. Parametrien und Adnexe frei.

Diagnose: Placentarpolyp. Cystis gland. Bartholin dext.

Behandlung und Verlauf: 29. VII.: Prißnitz'sche Umschläge. Abendtemperatur 38,5. Wohlbefinden. 31. VII.: Pat. klagt über Schlaflosigkeit. Veronal 0,5. 1. VIII.: 8 Uhr vorm.: Curettage. Nach üblicher Desinfektion und Sublimatspülung der Scheide Versuch, den Polypen digital zu lösen; der Versuch mißlingt. Anhacken der vordern Muttermundlippe mit 2 Kugelzangen. Keine Dilatation, weil Cervicalkanal schon für Nr. 12 n. Hegar durchgängig. Abrasio mit der großen Curette. Zuerst fließt etwas Eiter mit kleinen Brocken von maceriertem Gewebe ab; darauf zwei haselnußgroße derbe Stücke. Chlorwasserspülung, Aetzung mit Carbolspiritus. Tamponade von Cervikalkanal und Vagina mit Xeroformgaze. 1 Uhr nachm.: Schüttelfrost. Temp. 40,0, Puls 116. Nirgends Druckempfindlichkeit im Unterleib. Ergotin 3×30 Tropfen, 3 stündl. Sublimatspülungen. Abends Wohlbefinden. 2. VIII.: Normale Temperatur, Wohlbefinden. Spärlicher, leicht blutig tingierter Ausfluß. 5. VIII.: Kein Ausfluß mehr. Auf die Seite liegen. 6. VIII.: Heftige Diarrhöen, auf Bismut hin Besserung. 7. VIII.: Aufstehen. 8. VIII.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Allgemeinbefinden gut. Uterus noch leicht vergrößert, derb, anteflektiert, beweglich, nicht empfindlich. Orificium extern. geschlossen. Cyste der Bartholin. Drüse unverändert.

Temperatur und Puls:

	Morgens:	Abends:
29. VII.:	—	38,5—104
30. VII.:	37,4—72	38,1— 84
31. VII.:	37,4—80	38,6— 92
1. VIII.:	37,8—92	38,6—104

Von da an afebril.

Fall VIII. 1905. Nr. 459.

Frau Sch.-G., 36 Jahre alt. Eintritt: 11. X.; Austritt: 23. XII.

Anamnese: 6 Geburten, keine Aborte. Letzte Geburt 17. Sept. 1905, normal. Placenta kam nach ½ Stunde; dann leichte Blutung. Der Arzt macht eine Einspritzung, worauf die Blutung steht; er verordnet vollständige Ruhe. Die Blutung hörte aber nie ganz auf; am 10. Tage nach der Geburt beim Aufstehen wurde sie stärker. Patientin hatte keine Schmerzen und fieberte zu Hause nicht.

Status praesens: Pat. ist von schwachem Körperbau und stark anämisch: 25 Prozent Hämoglobin. Am Herzen leises systol. Geräusch an der Spitze, übriger Herzbefund normal. Lungen normal, Mammae gesund. Bauchdecken schlaff, Abdomen nicht druckempfindlich. Uterus sinistroponiert, an der hintern Wand der Uterushöhle sitzt ein Polyp breit auf, fühlt sich derb an. Parametrien und Douglas normal. Urin enthält Spuren von Eiweiß, keinen Zucker.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: 11. X.: Exploration. Abendtemp. 37,5, Puls 120. 12. X.: Da der Versuch, den Polypen manuell zu entfernen, nur teilweise gelingt, wird er mit der Abortzange gefaßt und entfernt. Derselbe ist hühnereigroß und besteht aus reinem Placentargewebe. Cervixdilatation und Curettage, wobei viel Material entfernt wird. Aetzung mit Carbolspiritus. Wegen starker Blutung Xeroformgazetamponade von Cavum uteri und Vagina. Morgentemp. 37,2, Puls 100, Abendtemp. 37,8, Puls 116.

13. X.: Exploration. Jodtinkturpinselung des Endometriums. Ergotin 3 Mal tägl. Morgentemp. 38,5, Puls 120. 1 Uhr nachm.: Schüttelfrost, Temp. 39,8, Puls 120. Abendtemp. 39,0, Puls 120.

14. X.: Spülungen. Intravenöse Collargolinjektion: 10 cm^3 einer 2prozent. Lösung. Mo 0,01. Blutuntersuchung vor der Injektion: 1,840000 Erythrocyten, 7500 Leucocyten, keine eosinophilen Leucocyten. Abendtemp. 40,1.

15. X.: Kein Ausfluß aus der Vagina. Herpes labialis der Oberlippe. Zunge trocken, stark belegt. Leib nirgends empfindlich, etwas aufgetrieben. Auf Glycerinklysma Stuhl. Blutbefund abends 5 Uhr: 7500 Leucocyten, davon 2 Prozent eosinophile Zellen, zahlreiche neutrophile Leucocyten. Wiederholung der Collargolinjektion. Morphium, Morgentemperatur 38,6, Puls 122, regelmäßig, leicht unterdrückbar. Abendtemp. 38,9. Puls 112.

16. X.: Herpes eingetrocknet. Pat. fühlt sich wohler. Schwellung in der Gegend der rechten Fossa canina. Temperatur morgens 38,3, P. 108, abends T. 38,2, P. 104. Abends Mo 0,005.

17. X.: Fluktuation im Alveolarfortsatz rechts oben. Abscess öffnet sich spontan, wird mit dem Kocherschen Schieber erweitert. Spülung mit Kaliumpermanganatlösung.

19. X.: Kein Ausfluß. Temperatur abends 38,1, P. 100.

20. X.: Hämoglobingehalt des Blutes beträgt 40 Prozent.

21. X.: Temperatur morgens 39,3, P. 132; abends T. 38,8, P. 108. Exploration: Portio in der Führungslinie, in normaler Höhe; Muttermund quer gespalten, geschlossen; Uterus sinistroantevertiert, groß und weich; rechtes Parametrium gegen die Beckenwandung hin verbreitert, derb infiltriert und empfindlich, ebenso linkes Parametrium, aber in geringerm Grade; wenig schleimigblutiger Ausfluß aus dem Muttermund.

Diagnose: Parametritis dextra. et sinistra.

22. X.: Keine Schmerzen. Dreimal täglich Prißnitz; 2 Mal Spülungen von 34 Grad. Diät. Abends Temp. 39,0, Puls 116, regelm., weich.

24. X.: Vormittags 9 Uhr Schüttelfrost, Temp. 39,0. Prißnitz; kein Ergotin. 3 Uhr nachm. Blutbefund: 8600 Leucocyten, davon 1,5 Prozent eosinophile.

25. X.: Exploration: rechts, etwas vom Uterus entfernt, breiter, empfindlicher Tumor, links ein kleinerer, näher der Uteruskante.

28. X.: Am Nachmittag plötzlich Schüttelfrost, Temp. 40,9, P. 152, weich, aber regelmäßig. Gegen Abend heftiger Schweißausbruch. Pat. ißt aber, was ihr angeboten wird. Sie klagt spontan über Lendenschmerzen rechts; daselbst, in der Mitte zwischen Rippenrand und Crista ilei, findet sich circumscripte Druckempfindlichkeit.

29. X.: Nachmittags Schüttelfrost. T. 40,1, P. 140, regelmäßig, aber weich. Keine Klagen, Atmung ruhig, Abdomen nirgends druckempfindlich. An der Herzspitze leises, aber schabendes systolisches Geräusch.

30. X.: Klinische Vorstellung. Exploration: Die Infiltration rechts reicht jetzt ebenfalls bis an den Uterus heran. Pat. schwitzt viel. Abends intravenöse Collargolinjektion und 0,01 Morphium. Lendengegend abends spontan und auf Druck weniger empfindlich. Urin klar, enthält viel Albumen. Blutbefund ½ Uhr nachm.: 8600 Leucocyten, keine eosinophilen Zellen. Morgens T. 37,5, P. 128, Abends T. 38,9, P. 116.

1. XI.: Gestern und heute afebril, Befinden gut.

2. XI.: Morgens T. 37,8, P. 100, weich, regelmäßig. Dyspnoë, keine Schmerzen. Vorm. 9 Uhr kurzer leichter Frost. Am Herzen kein Geräusch mehr. Abends T. 38,6, P. 124.

3. XI.: Morgens 7 Uhr kurzer Schüttelfrost. T. 38,6 Ophthalmoskop. Untersuchung ergibt normalen Fundus. Nachher Schweißausbruch. Allgemeinbefinden relativ gut. Zunge feucht, Leib leicht aufgetrieben, nirgends empfindlich.

4. XI.: Morgens T. 37,2, P. 88, abends T. 38,0, P. 124. Keine Klagen; Appetit ordentlich. Urin klar, sauer, ohne Albumen; Diazoreaktion negativ. Blutbefund 3 Uhr nachm.: 6900 Leucocyten, keine eosinophilen Zellen.

5. XI.: Um Mittag plötzlich Schüttelfrost, T. 40,0. Pat. hatte eine Stunde vorher Besuch von ihrem Mann, der sie unruhig machte. Am Abend klagte sie wieder über Schmerzen in der rechten Lende. Prißnitz um den Leib. Abends T. 38,8, P. 94, regelmäßig, von mittlerer Spannung. Veronal 0,5.

6. XI.: Pat. hat gut geschlafen, ist ruhig. An den Beinen Schwellung nach anfänglichen Schmerzen. Abends T. 38,2, P. 116.

7. XI.: Allgemeinbef. gut, keine Schmerzen. Exploration: Rechts ist das Exsudat im Parametrium kleiner, links größer geworden. Kein Fluor, nirgends sind thrombotische Venen fühlbar. Blutbefund 3 Uhr nachmittags: 9600 Leucocyten, davon 1 Prozent eosinoph. Zellen. Abends. T. 38,0. P. 124. Veronal 0,25.

9. XI.: Seit heute Nacht Herpes lebialis. Allgemeinbefinden gut, Appetit gut. In der Absicht, antitoxisch zu wirken, erhält Pat. 3 Mal täglich 0,5 Antipyrin.

13. XI.: Abends T. 39,0, P. 116; kein Frost, keine Klagen, Urin ohne Albumen, Diazoreakt. negativ. Leib tympanit, aufgetrieben, nicht druckempfindlich.

16. XI.: Pat. ist seit 2 Tagen afebril, schwitzt immer reichlich, besonders nachts. Antipyrin nicht mehr verabreicht.

17. XI.: Mittags Frösteln, T. 39,6, P. 120, weich, aber regelmäßig. Allgemeinbefinden nicht gestört, Appetit sehr gut, Herpes labialis eingetrocknet.

18. XI.: Morgens 7 Uhr Frösteln, T. 39,3, P. 136, weich, regelm. Herz und Lunge ohne Besonderheiten, ausgenommen unreiner erster Herzton. Explorat. interna ist nicht schmerzhaft, ergibt rechts im Parametrium negativen Befund, links noch apfelgroße diffuse Resistenz. Kein Ausfluß

21. XI.: Nach 2 fieberfreien Tagen steigt heute die Temp. unter Frösteln auf 39,3. Allgemeinbefinden dabei nicht wesentlich gestört. Pat. schwitzt fast beständig, trinkt viel; Zunge feucht, nur wenig belegt, nirgends Schmerzen.

22. XI.: Antipyrin wird nicht mehr verabreicht.

24. XI.: Am Morgen klagt Pat. über Atemnot und Stechen rechts unterhalb der Clavicula. Untersuchung ergibt negativen Befund. Um 1 Uhr nachmittags heftige Atemnot, starker Schweißausbruch, Bruststechen rechts stärker. T. 39,6, P. 124, Respirat. 64. Leichte Cyanose. Auf 0,015 Morphium etwas Besserung. Abends Stechen rechts vorne oben wieder stärker, Respir. 54. Kein Husten und Auswurf. Collargolklysma: 10 cm^3 einer 10prozent. Lösung; Morphium.

25. XI.: Nachts 1 Uhr heftiger Anfall von Dyspnoë und Bruststechen. Auf 0,01 Mo tritt bald Schlaf ein. Am Morgen starker Schweißausbruch. Exploratio pulm. et cord.: Vorne Perkussionsschall überall laut. Im recht. 2. Interkostalr. in der Mammillarlinie deutlich bronchiales Atemgeräusch, links in der vorderen Axillarlinie im 4. Interkostalr. Knisterrasseln. Weder Husten noch Auswurf. Respir. 42 per Min. Herzbefund normal, Gelenke frei, Haut ohne Besonderheiten. Explorat. gynaecol.: Kein Exsudat mehr; im rechten Parametrium nahe der Beckenwand ein haßelnußgroßer derber Tumor. Vasa hypogastrica weisen nichts Besonderes auf. Beine nirgends druckempfindlich. Blutunters. 4 Uhr nachm.: 38,000 Leucocyten, keine eosinophilen Zellen, spärliche Lymphocyten. 6 Uhr abends: Collargolklysma, 7 Uhr intraveniöse Collargolinjektion. Mo 0,01. Abends T. 39,1, P. 124.

26. XI.: Immer noch Atemnot, Respir. 44, Schmerzen auf der Brust geringer; am Nachmittag leichter Husten ohne Expectoration. Nachm. 4 Uhr Blutuntersuch: 37,200 Leucocyten, davon 1 Prozent eosinophile Zellen. Collargolklysma. Dreistündlich Kampfer und Coffein subkutan. Abends 7 Uhr Collargal intravenös. T. abends 39,3, P. 140, regelm., aber weich.

27. XI.: Nachts ohne Mo guter Schlaf. Während des Tages stärkerer Husten mit rötlichem, zähem Sputum. Explor. pulm.: Rechts unter d. Clavicula Schall gedämpft, tympanistisch, zahlreiches Knisterrasseln, bronchiales Exspir.; links oben Schall hell, Atmungsgeräusch rauh, spärliche klingende Rasselgeräusche; von der 3. Rippe an feuchte mittelgroßblasige Rasselgeräusche. Dyspnoë dauert an. Urin dunkel, Diazoreakt. negativ. Puls 126—136. 3stündl. Coffein 0,2 subkutan. Im Sputum Kokken, meist zu zweien gelagert, spärliche Kettchen, keine Tuberkelbazillen. Collargolklysma. Abends 4 Uhr Blutunters.: 30,400 Leucoc.,

keine eosinoph. Zellen. Abends 7 Uhr Collargol intravenös, Mo 0,01. Abends T. 39,6, P. 136, weich, regelmäßig.

28. XI.: Pat. hatte nachts viel Schlaf; Husten und Auswurf sind geringer, die Expectoration erschwert. Immer noch Dyspnoë, Respir. 54. Pat. schwitzt viel, trinkt reichlich; Zunge belegt, feucht; Status pulm. wie gestern. Puls 120—130, Temp. dauernd über 39,0. 2stündl. Coffein 0,2. Nachmittags Collargolklysma. Abends 4 Uhr Blutuntersuch: 29,000 Lencoc., keine eosinophilen Zellen. Abends 7 Uhr Collargol intravenös, Mo 0,01.

29. XI.: Pat. hat gut geschlafen, Husten und Auswurf sind geringer. Aus dem Sputum wurde Streptococcus brevis gezüchtet. Rechter Oberarm infolge der Collargolinjektion ödematös geschwollen, Gelenke frei. Morgens T. 39,0, P. 136, regelmäßig. Status pulm.: Vorne oben absolute Dämpfung beidseits, Atmungsgeräusch bronchial, keine Rasselgeräusche, aufgehobener Stimmfremitus. Keine Schmerzen. Coffein. Nachm. 2 Uhr Callargolklysma, abends Mo 0,01.

30. XI.: Morgens T. 38,6, P. 104, regelm., voller und kräftiger als zuvor. Wegen erschwerter Expectoration Bronchitiskessel. Allgemeinbefinden besser als früher. Nachm. 2 Uhr Collargolklysma, 4 Uhr Blutuntersuch: 27,200 Leucoc., keine eosinophilen Zellen. Abends T. 39,2, P. 120, Respir. 52. — Mo 0,01.

1. XII.: Auf Oleum Ricini mehrmals Stuhl, Befinden relat. gut, wenig Husten. — Collargolklysma, Mo.

2. XII.: Pat. hat gut geschlafen, Atmung ist freier. Nachmittags 4 Uhr Blutunters.: 19,200 Leucoc., davon 1 Prozent esinophile Zellen. Abends T. 38,1, P. 116, kräftiger. Coffein noch weiter verabreicht. Kein Mo; trotzdem guter Schlaf.

6. XII.: Seit 3 Tagen ist Pat. afebril. Coffein und Collargol wird weggelassen. Die Blutkulturen vom 25. XI. sind alle steril geblieben. Blutunters.: 12,000 Leucoc., davon 2 Prozent eosinophile Zellen.

9. XII.: Status pulm.: R. v. deutlich Crepitatio redux, Schall daselbst noch gedämpft, Atmungsger. nicht mehr bronchial. L. v. o. verlängertes, rauhes Exspirium. Herz: nur leises systol. Geräusch an d. Spitze. Befinden relat. gut, Leib wenig aufgetrieben, Oedem des r. Armes geschwunden bis auf geringe Infiltration des r. Vorderarmes. Alkoholprißnitz.

11. XII.: Auf die Seite liegen. Abendt. 37,5, Wohlbefinden, Rechter Arm noch etwas druckempfindlich.

14. XII.: Status pulm.: Keine Rasselgeräusche mehr. Perkussionsschall überall laut. Links oben noch rauhes Inspirium. — Aufsitzen.

17. XII.: Aufstehen. Wohlbefinden. Afebril.

23. XII.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Explor. gyn.: nicht mehr vorgenommen. In pulmonibus nihil, außer rauhes Inspir. l. o. v. An der Herzspitze immer noch systol. Geräusch. Noch etwas anämisch.

Fall IX. 1906. Nr. 324.

Frau E.-B., 40 Jahre alt. Eintritt 12. VI.; Austritt: 27. VI.

Anamnese: 9 Entbindungen, davon 1 Abort im 3. Monat. Letzte, normale Geburt im Mai 06. Nachgeburt folgte bald auf leichten Druck auf die Bauchdecken, darauf starke Blutung, die aber bald stand. Hebamme hielt die Placenta für vollständig. Pat. stund am 5. Tage post part. auf. Vom 8. Tage an viel Ausfluß, zum Teil riechend. Kein Fieber beobachtet. Seit dem 4. VI. starke Blutungen; Pat. war meist im Bett, ging jedoch heute in die Poliklinik. In den letzten Tagen Kopfschmerzen und wenig Appetit. Schlaf gut, Stuhl normal.

Status praesens: Pat. ist etwas blaß, zeigt leichten Grad von Abmagerung. Mäßig starke Struma mit hühnereigroßem zentralem cystischen Knoten. Herz normal. Lungen: hinten rechts etwas Dämpfung und abgeschwächtes Atmungsgeräusch. Brüste und Abdomen bieten nichts Besonderes. [Der Befund der Genitalien ist leider in d. Krankengeschichte nicht aufgezeichnet.]

Diagnose: Placentarpolyp [pathologisch-anatomisch bestätigt].

Behandlung und Verlauf: 13. VI. Operation in Chloroform-Aethernarkose, der man 1 Stunde vorher Scopolamin 0,0005 Mo 0,015 vorausgeschickt. Einstellen des aus der Portio heraushängenden Polypen im Speculum. Versuch, denselben digital abzulösen, scheitert, indem der Polyp losreißt, die festsitzende Basis drinnen bleibt. Letztere wird teils mit Kornzange, teils digital, stückweise entfernt. Spülung mit 3-$^0/_{00}$igem Jodalkohol, Wattevorlage, T-Binde. Nach der Operation starke Blutung, die auf Ergotin steht. Pat. bekommt fernerhin 3 Mal tägl. Ergotin, 2 Mal tägl. Sublimatscheidenspülungen. 17. VI.: Wenig Ausfluß. Am rechten Oberschenkel infolge der Ergotininjektion rote Schwellung, leicht fluktuierend. 18. VI.: Abscess am r. Oberschenkel wird incidiert, wenig Eiter, aber viel Blut entleert. Aufsetzen eines Saugnapfes, dann feuchter Sublimatverband. 20. VI.: Allgemeinbefinden gut, kein Ausfluß. Abscess täglich mit Saugnapf und feuchtem Verband behandelt. 23. VI.: Aufsitzen, Wohlbefinden. 24. VI.: Aufstehen, Wohlbefinden. Stets noch 2 Mal tägl. Scheidenspülungen. 27. VI.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Wohlbefinden. Uterus gut involviert, Orificium extern. geschlossen.

Temperatur und Puls:

	Morgens:	Abends:
12. VI.:	—	36,5—64
13. VI.:	37,4—64	39,2—76

Seither höchste Temperatur 37,2, höchste Pulszahl 84.

Fall X. 1906. Nr. 349.

Frau H.-F., 38 Jahre alt. Eintritt: 20. VI.; Austritt: 30. VI.

Anamnese: 5 normale Geburten; 1 Frühgeburt am 18. VI.: spontane Geburt eines Kindes, welches schrie, aber nach einer halben Stunde starb. Nachher starke Blutung. Der Arzt löste die Placenta. Wiederholung der Blutung am 19. und 20. VI. Der Arzt verschrieb Eis auf den Leib und Medizin zum Einnehmen und riet zum Eintritt ins Spital. Kein Husten. Seit 17. VI. kein Stuhlgang. Urin o. B.

Status praesens: Blasse, bräunliche Gesichtsfarbe, starke Abmagerung. Herz normal. Lungen: Ueber beiden fossae supraclaviculares Dämpfung und verschärftes Exspirium. Aus den Genitalien riechender Ausfluß.

Diagnose: Retentio placentae partialis.

Behandlung und Verlauf: 20. VI.: Morgens T. 37,0, P. 120. Schmerzen im Unterleib. Kurze Zeit nach dem Eintritt spontaner Abgang eines daumenballengroßen Placentarstückes. Exploration: Muttermund geschlossen. Uterusspülung mit Chlorwasser, 3 Mal tägl. Ergotin alle Tage. 21. VI.: Pat. klagt über Stechen in der Brustwand l. h. o., objektiv nihil; Alkoholprißnitz. 22. VI.: Auf Oleum Ricini Stuhl. 23. VI.: Viel Ausfluß. 2 Mal Sublimatspülung der Scheide. 26. VI.: Ausfluß gering, auf die Seite liegen; Wohlbefinden. 27. VI.: Aufsitzen. 28. VI.: Aufstehen, Wohlbefinden. 30. VI.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Uterus gut involviert, Orificium extern. geschlossen.

Temperatur und Puls: Immer afebril.

Fall XI. 1907. Nr. 476.

Frau D.-S., 28 Jahre alt. Eintritt: 26. IX.; Austritt: 4. X.

Anamnese: 3 spontane Geburten, letzte 8. IX. 07. Eine halbe Stunde p. p. folgte die Placenta, angeblich vollständig. Pat. verließ am 10. Tage das Bett und fühlte sich darauf 3 Tage ganz wohl. Dann plötzlich starke Blutung aus den Genitalien, welche bis heute anhält. Keine Schmerzen.

Status praesens: Gutes Aussehen, mittlerer Ernährungszustand, Brüste gut entwickelt. Uterus stark sinistroponiert, entspricht der 12. Graviditätswoche. Cervix für 1 Finger durchgängig; man stößt auf einen Polypen. Parametrien, Douglas und Adnexe gesund.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: 27. IX.: Entfernung des Polypen mit der Abortzange nach Anhacken der Portio. Ein erbsengroßer Rest des Stiles wird digital entfernt. Intrauterine Spülung mit Alkohol. 3 Mal tägl. Ergotin, heiße Spülungen. 30. IX.: Kein Ausfluß mehr. Auf die Seite liegen. 2. X.: Aufstehen, keine Klagen. 4. X.: Austritt: Geheilt. Austrittsstatus ist nicht verzeichnet.

Temperatur und Puls:

	Morgens:	Abends:
27. IX.:	—	39,7—128
27. IX.:	38,5—116 Operation	38,1—104
28. IX.:	37,0— 88	37,1—84

Weiter stets afebril.

Fall XII. 1907. Nr. 494.

Frau G.-B., 39 Jahre alt. Eintritt: 5. X.; Gestorben: 6. XI.

Anamnese: 13 rechtzeitige Geburten, keine Frühgeburt. Letzte Geburt in Gesichtslage am 15. IX. 07. Nachgeburt kommt erst nach Credé, ziemlich zerfetzt. Der Arzt erklärt sie für vollständig. Die fol-

gende Blutung steht bald spontan. Am 22. IX. steht Patient. auf und fühlt sich wohl. Am 26. IX. nach anstrengender Arbeit Blutung aus der Vagina. Pat. legt sich ins Bett, Blutung hört auf. Beim Aufstehen neue Blutung. Pat. geht in die Poliklinik, bekommt Ergotin, Blutung steht. Am 5. X. neue, stärkere Blutung, Pat. kommt ins Spital, sie hat schwache Schmerzen im Leibe.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Herztöne rein, Herzaktion erhöht. Lunge normal, Brüste atrophisch. Abdomen schlaff. Cervix klafft, Orificium int. offen. An der vordern Uteruswand 2 harte Erhabenheiten von Erbsen- bis Bohnengröße.

Diagnose: Retention von Placentarresten.

Behandlung und Verlauf: 5. X.: Desinfekt. mit Jodalkohol 3‰. Digitale Entfernung der beiden Placentarpolypen mit Handschuhen. Aetzen mit 50prozentigem Carbolspiritus. Leichte Xeroformgazetamponade von Cervikalkanal und hintern Scheidenpartien. Ergotin subkutan. Abends T. 36,6, P. 100, 2 Mal tägl. Spülung mit 2prozent. Bacillol.

6. X.: Morgens T. 38,1, P. 104; abends T. 39,4, P. 116. — Drei Mal Ergotin und Spülungen. Wohlbefinden, keine Schmerzen.

7. X.: Morg. T. 39,8, P. 124; abends T. 39,2, P. 132. — Zwei Mal intrauterine Spülungen.

8. X.: Morg. T. 39,6, P. 136; abends T. 37,2, P. 112. Keine Spülungen. Zweimal Brechen.

9. X.: Morg. T. 40,2, P. 160; abends T. 37,8, P. 150. Druckempfindlichkeit auf der linken Seite des Abdomens. Eisblase.

10. X.: Morg. T. 39,7, P. 160; abends 39,7, P. 124. Morgens 6 Uhr Schüttelfrost, ebenso abends 6 Uhr. — Mittags Collargol intravenös, nachm. 2 Uhr Collargolklysma.

11. X.: Morg. T. 40,6, P. 160; abends T. 39,8, P. —. Da der Puls nicht mehr fühlbar, wird zur Operation geschritten 11 Uhr vorm.: Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielversorgung in Chloroform-Aether-Sauerstoffnarkose nach Injektion von Scopolamin und Morphium. Desinfektion des Operationsfeldes mit Acetonalkohol, Besprengen mit Chirosoter. Medianlängsschnitt durch Haut, Unterhautzellengewebe, Muskel, Fascie vom Nabel zur Symphyse. Eröffnen des Peritoneums zwischen zwei Pinzetten. Keine Peritonitis. Herausheben des Uterus. Umstechungsligatur des Spermaticabündels. Anlegen von Klemmen über die Plica ovariopelvica. Decken der Umgebung und des Darmes mit Bauchtüchern. Durchstechen einer langen Nadel quer durch die Cervix; Uteruskörper wird mit Adnexen vor den Klemmen von den seitlichen Ligamenten abgetrennt, nach unten in halber Cervixhöhe über der Nadel mit dem Messer abgetragen. Beim Durchschneiden des Parametriums ergießt sich aus einem thrombotischen Gefäß Eiter. Beidseits, besonders links ist das Ligamentum latum und Beckenzellgewebe odematös, in den parametralen Gefäßen zahlreiche Thromben. — Sorgfältige Verschorfung der Schnittfläche mit dem Paquelin. Naht des Peritoneums oberhalb des Stumpfes mit Catgut, gegen den Stumpf hin wird Zwirnnaht angelegt. Tamponde der Tiefe des Beckens und um den Stumpf herum mit Xeroformgaze. Bestreuen der Naht mit Xeroform. Gaze-Watteverband.

— Pat. sieht nach der Operation elend aus. 2stündl. Kampfer- und Coffeininjektionen, 2stündl. Klysmen mit physiol. Kochsalzlösung, 400 cm^3 Kochsalzlösung sofort nach der Operation subkutan. Abends sinkt T. auf 36,8, P. 120. Abends Mo 0,01. Präparat: Uterus etwas vergrößert; plump; in den Gefäßen des link. Ligament. lat. Thromben von eitrigem Charakter. Kultur des Blutes ergibt Staphylococcus pyogenes aureus.

12. X.: Morg. T. 36,7, P. 129; abends T. 38,5, P. 140. Pat. war in der Nacht ziemlich ruhig. Abends Verbandwechsel; Verband nicht stark durchfeuchtet. Nach dem Verband Puls 152, kein Schüttelfrost. Kein Stuhl, aber reichlich Flatus. Im Blut 29,000 Leucoc., keine eosinophilen Zellen. Abends Mo 0,01.

13. X.: Morg. T. 36,9, P. 128; abends T. 37,3, P. 132. Verbandwechsel. Der den Uterusstumpf unterhalb der Nadel umschnürende Schlauch läßt nach, da der Stumpf zerfallen ist. Erneuerung der Gazetampon rings um den Stumpf. Nachmittags Schüttelfrost, T. 39,7, P. 158. Stuhl erfolgt. 3 Mal Kochsalzklysma.

14. X.: Morg. T. 37,0, P. 128; abends T. 38,4, P. 120. Ordentliches Befinden. Abends Mo 0,01.

15. X.: Morg. T. 38,6, P. 120; abends T. 36,4, P. 108. Stumpf so gelockert, daß die Nadel ihn nicht mehr an der Oberfläche zu halten vermag. Letztere wird herausgezogen. Sorgfältige Tamponade mit Xeroformgaze und Therapogen. Collargol-Opiumklysma.

16. X.: Gegen Abend Schüttelfrost, T. 39,8, P. 158. Das kurz darauf entnommene Blut enthält Staphylokokken. 3stündl. Kampfer und Coffein.

17. X.: Verbandwechsel. Morg. T. 37,2, P. 124; abends T. 38,2, P. 124.

18. X.: Höchste Tagestemp. 38,9, P. 120. Verbandwechsel; Verband ziemlich durchtränkt. Oberhalb der Exkavation deutliche Fluktuation; auf Druck erscheint gelblichgrüner Eiter. Drainage mit Xeroformgaze. Pat. ist matt, Appetit schlecht, Stuhl erfolgte nur je den 2. Tag.

19. X.: Verbandwechsel; Douglasmèche mit Xeroformgaze ist schwarz verfärbt [Bacterium coli]. Morg. T. 38,1, P. 130; abends T. 38,4, P. 120; mittags Schüttelfrost, T. 40,1, P. 152.

20. X.: Beim Verbandwechsel wird der Stumpf größtenteils entfernt, ebenso der Gummischlauch. Beim Palpieren r. u. v. etwas oberhalb der Leistengegend Resistenz zu fühlen. Nachm. 2 Uhr Frieren, T. 39,8, P. 140. Pat. schläft viel, hat keine Klagen.

21. X.: Morg. T. 37,4, P. 112; abends 39,1, P. 132. Verbandwechsel. Exploration: links schmerzlose, fluktuierende Resistenz, ganze linke Vaginalwand vorgewölbt. Diagnose: perivaginale Phlegmone. Bei der Incision läuft reichlich Eiter ab; Xeroformgazetamponade.

22. X.: Morg. T. 38,4, P. 116; abends T. 37,7, P. 120. Verbandwechsel: Verbandgaze immer noch schwarz verfärbt. Vaginaltampon mit Eiter durchtränkt, wird erneuert.

24. X.: Morg. T. 37,3, P. 104; abends T. 39,5, P. 125. Seit 5 Tagen kein Schüttelfrost, Appetit gut. V.-W.

25. X.: Morg. T. 37,2, P. 108; abends T. 40,2, P. 144. Zweimal Verbandw. Gazestreifen aus der Excavatio immer noch schwarz ver-

färbt. Keine Pyocyaneusinfektion. Feuchter Verband mit Amiodol. Abends trotz Temperaturerhöhung Wohlbefinden.

29. X.: Morg. T. 37,5, P. 120; abends T. 39,3, P. 112. Linkes Bein geschwollen, druckempfindlich: Thrombophlebitis; Prißnitz. Seit 27. X. 2 Mal täglich Amiodolspülung der Excavatio, Sekretion daselbst spärlich und ohne Geruch, aber stets lassen sich nekrotische Fetzen wegspülen.

31. X.: Bei der morgentlichen Spülung zeigt sich in der Excavatio Eiterretention ohne auffallenden Geruch oder Farbe; im übrigen saubere Granulationen. Nachm. 3 Uhr Schüttelfrost; T. 40,8, P. 160. Abends Temperaturabfall, Wohlbefinden.

1. XI.: Excavatio trocken und sauber. Keine Spülung; Tamponade mit in Amiodol befeuchteter Gaze. Exploration; bei derselben bricht ein linksseitiger parametrischer Abscess durch. Um halb 1 Uhr nachm. plötzlich Schüttelfrost. T. 40,4, P. 155, sehr klein, hochgradige Dyspnoë. — Sauerstoffinhalation, 3stündl. Kampfer und Coffein, Mo 0,01. Abends Befinden etwas besser.

2. XI.: Letzte Nacht ist die Temp. auf 41,0 gestiegen, heute Morgen auf 37,6 gefallen. Pat. atmet ruhiger, sieht nicht mehr so verfallen aus, wie gestern. Operationswunde hat gutes Aussehen, aus dem paravaginalen Abscess entleert sich noch Eiter. Nachmittags 2 Mal Frösteln mit T. 39,5. Collargolinjektion intravenös: 5 cm^3 einer 5prozentigen Lösung. Kurz nach der Injektion Verlust des Bewußtseins mit fibrillären Zuckungen im Gesicht; rechte Gesichtshälfte erscheint etwas paretisch; nach 3 Min. kehrt das Bewußtsein wieder.

3. XI.: Morg. T. 40,8, P. 160; abends T. 36,2, P. 120. Pat. war in der Nacht ruhig; jetzt hat sie Brechreiz. Verbandgaze blau verfärbt mit Pyocyaneusgeruch, daher feuchter Verband mit Aluminium aceticum. Nachher Collargol intravenös: 5 cm^3 einer 5proz. Lösung.

4. XI.: Morg. T. 38,2, P. 160; abends T. 36,9, P. 112. Immer noch Brechreiz. Aluminium - aceticum - verbandwechsel; Wunde ist trocken, Verbandstoff nicht mehr blau. Explor.: Das paravaginale Exsudat hat abgenommen, die Labien sind etwas geschwollen, rechte Leistengegend ebenfalls [Beckenvenenthrombose]. Vorm. 10 Uhr Collargol intravenös: 5 cm^3 einer 5proz. Lösung; darauf ist Pat. wieder 3—4 Minuten benommen.

5. XI.: Pat. hat gut geschlafen, fröstelt leicht. Verband nicht durchtränkt. Kein Verbandwechsel. Collargolklysma. Abends T. 39,6.

6. XI.: Um 6 Uhr morgens verliert Pat. plötzlich das Bewußtsein, zeigt eine rechtseitige Facialisparese. Am Vormittag wird die Atmung dyspnoisch, röchelnd, die Pupillen reagieren nicht auf Licht. In corde nihil. Aluminium - aceticum - verbandwechsel. Um 12 Uhr 40 Min. nachm. Exitus letalis.

Obduktionsbefund: Pelveocellulitis purulenta sinistra. Thrombophlebitis purulenta venae femoralis sin. et venae iliacae dext. et sin. Abscessus pulm. sin. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis renum et cordis.

Fall XIII. 1908. Nr. 201.

Frau B.-S., 28 Jahre alt. Eintritt: 6. IV.; Austritt: 14. IV.

Anamnese: 2 Geburten, letzte am 10. März 08, in Gesichtslage. Wochenbett anfänglich normal; vom 3. Tage an stieg die Temperatur während 4 Tagen auf 37,8. Pat. wendet sich an die gynäk. Poliklinik; der Arzt verordnet Bettruhe. Am 11 Tag steht Pat. auf und arbeitet leicht; geringe Blutung. Am 3. April plötzlich starke Blutung; keine Schmerzen. Konsultation der Poliklinik, Eintritt ins Spital.

Status praesens: Pat. ist stark anämisch, Herz und Lunge normal, Brüste mäßig entwickelt, Abdomen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Vulva und Vagina zeigen nichts Besonderes. Uterus groß, anteflektiert, beweglich. Cervikalkanal für 1 Finger durchgängig; Finger stößt auf einen weichen Polypen, der am Fundus und der hintern Wand festsitzt. Abgehen von großen Mengen Blut. Parametrien, Douglas und Adnexe zeigen nichts Abnormes, ebenso Rectum, Blase u. Urin.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: 6. IV.: Digitale Ausräumung nach Desinfektion der äußern Genitalien und Jodspülung der Vagina. Finger gelangt an die Ansatzstelle an der Kuppe des Fundus. Ausräumung ist durch das derbe Placentargewebe an der Ansatzstelle erschwert, so daß die letzten Reste mit der Abortzange unter Leitung des Fingers herausgeholt werden müssen. Vaginalspülung mit Jodlösung, Tamponade. Nachher Blutung und Schmerzen gering.

7. IV.: Entfernung des Tampon; Ergotin; Spülungen. Keine Blutung mehr. 14. IV.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Allgemeinbefinden gut; Uterus anteflektiert, gut involviert; nirgends Schmerzen.

Temperatur und Puls: Stets afebril.

Fall XIV. 1908. Nr. 346.

Sch.-P., 25 Jahre alt. Eintritt: 20. VI.; Austritt: 26. VI.

Anamnese: Primipara. Zangengeburt am 10. VI. 08. In den ersten Tagen p. p. blutete Pat. stark, dann nur noch schwach. Pat. ist seit der Geburt nie aufgestanden und hatte bis 38,0 Fieber. Am 17. VI. Schüttelfrost mit hohem Fieber. Seither immer hohes Fieber, aber keine Schüttelfröste mehr. Am 18. VI. Stechen in der rechten Brustseite. Der Arzt schickte die Kranke unter der Diagnose: Pleuritis ins Bürgerspital. Auf der medezinischen Klinik wurde eine Pleuritis exsudativa konstatiert; da aber die Pat. stärker fieberte, als die Pleuritis erwarten ließ, wurde sie ins gynäkologische Spital geschickt.

Status praesens: Ordentlicher Ernährungszustand; leichte Cyanose, leichte Dispnoë. Herztöne leise. Lungen: auf der ganzen rechten Seite Dämpfung, abgeschwächtes Atmungsgeräusch, aufgehobener Stimmfremitus. Damm- und Scheidenriss links. Uterus groß, weich, leicht beweglich, nicht sehr druckempfindlich. Finger gelangt leicht in das Carum uteri, wo einzelne Fetzen zu fühlen sind. Urin: Diazoreaktion positiv.

Diagnose: Pleuritis purulenta dext. Retention von Placentarresten.

Behandlung und Verlauf: 21. VI., 10 Uhr vorm.: Digit. Ausräumung: 2 Finger dringen leicht in das Carum uteri und lösen links und hinten mehrere Placentarreste. Da es nicht gelingt, alles zu bekommen, werden die letzten Reste mit der kleinen Abortzange herausbefördert. Darauf intrauterine Jodspülung; 2×1,0 Secacornin. Nach der Ausräumung starke Blutung. Pat. atmet schwer, ist cyanotisch, hat Seitenstechen und Husten mit eitrigem Sputum, letzteres teilweise mit Blut vermischt. Abends Befinden besser, keine Blutung aus den Genitalien. Elektrargolinjektion intramuskulär. 22. VI.: Nachts geringe Uterusblutung. Pat. hat viel Husten, leichte Dyspnoë, blutiges, aber nicht deutlich pneumonisches Sputum. — Heiße Spülungen; abends intramuskuläre Elektrargolinjektion. 23. VI.: Sputum nur noch schwach blutig. Pat. sieht verfallen aus. Perkussionsschall r. stark gedämpft, Bronchialatmen. Abends Elektrargol. 24. VI.: Zustand ordentlich, Dyspnoë gering, Sputum stark eitrig. Blutuntersuch: 15,900 Leucoc., davon 72 Prozent polymorphkernige neutrophile und 0,4 Prozent eosinophile Zellen. 25. VI.: Pulsfrequenz nimmt zu. Probepunktion unter dem r. Scapulawinkel ergibt eitrig-seröse Flüssigkeit, die polymorphkernige Leucocyten und Streptococcus lanceolatus enthält. 26. VI.: Immer geringe Dyspnoë. Ueberführung auf die chirurg. Klinik zur Empyemoperation. [Von dort geheilt entlassen.]

Temperatur und Puls:

	h. 2 a. m.	h. 6 a. m.	h. 10 a. m.	h. 2 p. m.	h. 6 p. m.	h. 10 p. m.
20. VI.:	—	—	—	—	—	38,8—100
21. VI.:	—	37,3—88	39,2—118	39,3—112	39,2—108	38,9—104
22. VI.:	38,8—108	38,2—96	38,3—100	38,3—100	37,8—88	38,2—100
23. VI.:	37,8—104	37,9—92	37,6—94	37,9—100	39,1—92	38,1—96
24. VI.:	37,8—96	38,0—104	38,3—100	38,1—104	38,3—116	37,6—104
25. VI.:	37,0—96	37,8—92	38,1—100	38,4—106	38,3—106	—
26. VI.:	37,6—100	36,8—96	36,9—100	38,0—108		

Fall XV. 1909. Nr. 272.

Frau L.-M., 31 Jahre alt. Eintritt: 13. V.; Austritt: 25. V.

Anamnese: 2 rechtzeitige Geburten. Bei der ersten, 1908, tiefer Querstand, Torceps, Episiotomie; Uterusatonie, Secacornin, heiße Spülungen. Letzte Geburt am 11. IV. 09. Beim Austritt aus dem Spital blutet Pat. immer noch etwas. Zu Hause wurde Blutung stärker, am 13. V. sehr stark. Der Arzt tamponiert und schickt die Pat. ins Spital. Die Schmerzen waren seit der letzten Geburt gering.

Status praesens: Herz und Lunge normal, Mammae ebenfalls; Vagina eng; Orificium extern. klafft; in der Cervix die Kuppe eines Polypen zu fühlen; Uterus groß, schlecht involviert. Urin ohne Besonderheiten.

Diagnose: Placentarpolyp.

Behandlung und Verlauf: 13.V.: Exploration. 14. V.: Digitale Ausräumung: Cervix für 2 Finger durchgängig; der an der hintern

Wand ansetzende, derbe Placentarpolyp wird digital gelöst und mit der Abortzange herausgezogen. Intrauterine Jodalkoholspülung. Blutung steht nicht ganz, Uterustamponade, Ergotin.

15. V.: Allgemeinbefinden gut; keine Schmerzen; kein Fluor. Anämie. 18. V.: Stehen und Gehen noch mühsam, Haut- und Schleimhäute blass. 22. V.: Pat. ist weniger anämisch, Kräfte nehmen zu. 25. V.: Austritt: Geheilt.

Status beim Austritt: Allgemeinbefinden gut; Uterus klein, anteflektiert.

Temperatur und Puls: Immer afebril.

Wie aus den angeführten Krankengeschichten hervorgeht, ging im Falle X der retinierte Placentarrest spontan ab; die Behandlung bestand nur in intrauterinen Chlorwasserspülungen, Verabreichung von Ergotin, Bettruhe und Sublimatspülungen der Scheide. Dieser Fall wurde nach zehntägigem Spitalaufenthalt als geheilt entlassen und war während dieser ganzen Zeit afebril; die höchste, nur einmal erreichte Temperatur und zwar zwei Tage nach den intrauterinen Chlorwasserspülungen betrug 37,9.

In allen andern 14 Fällen wurde der Placentarpolyp, resp. die Placentarpolypen, teils manuell, teils instrumentell entfernt, im Falle IV schon vor dem Eintritt ins Spital durch den behandelnden Arzt. Eine Indikation zu diesem Eingriff ist in den Krankengeschichten nur bei den Fällen II und VI ausdrücklich angegeben; jedoch erhellt aus denselben zur Genüge, daß in allen Fällen, ausgenommen Fall XIV, Blutungen den Eingriff indicierten. Beim Fall XIV läßt sich aus der Krankengeschichte nicht mit Sicherheit eruieren, ob die Operation wegen der frühern starken Blutungen, oder wegen des momentan bestehenden, „für die Pleuritis zu hohen“ Fiebers vorgenommen wurde. Auch die Fälle IV, VI, VII und XI fieberten vor der Operation; jedoch tritt dieses Fieber als Indikation zur Operation gegenüber den starken, resp. schon lange bestehenden Blutungen in den Hintergrund. — Die Entfernung der Polypen geschah in 5 Fällen [I, II, III, VI, VII,] durch Curettage allein, in 2 Fällen [IV und XII] ausschließlich digital; in allen andern Fällen wurde außer dem Finger auch noch entweder die Abortzange oder die Kugelzange oder die Kornzange verwendet, im Fall VIII endlich noch die Curettage angeschlossen. — In allen Fällen, mit Ausnahme von Fall I, bei

dem in der Krankengeschichte nichts darüber berichtet wird, wurde nach der Operation Ergotin appliciert. — Von der Tamponade wurde Gebrauch gemacht in 9 Fällen, nämlich I, II, III, VI, VII, VIII, XII, XIII und XV; und zwar im Fall II vor der Operation in Form einer Uterustamponade, in allen andern Fällen nach der Operation in Form einer Uterovaginaltamponade, ausgenommen Fall I, wo nur eine Vaginaltamponade gemacht wurde. Als Material für die Tampons wurde, obgleich in einigen Fällen dies nicht ausdrücklich bemerkt ist, seit 1902 Xeroformgaze angewendet, in den frühern Jahren vermutlich Jodoformgaze, wie in den Fällen I und II. — In 10 Fällen wurden der Ausräumung intrauterine Spülungen nachgeschickt, nämlich in den Fällen II, III, IV, VI, VII, IX, XI, XII, XIV, XV; als Spülflüssigkeit kam in Anwendung: Lysol, Lysoform, Chlorwasser, alkoholische Jodlösung, Alkohol, Bacillol.

Welche günstigen oder ungünstigen Erfolge haben nun diese „aktiven" therapentischen Maßregeln bei meinem Material zu verzeichnen. — Ohne Zweifel hat die eingeschlagene Therapie in Bezug auf das eine Symptom, die Blutung nämlich, die ja so gut wie bei allen Fällen Indikation zum Eingriff war, zu dem beabsichtigten Ziele geführt. Ist doch kein einziger Fall an Verblutung zugrunde gegangen; ja nicht nur das, die Blutung wurde bei allen Fällen in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Stehen gebracht. Aber, wie bei allen Krankheiten, haben wir es auch hier nicht nur mit der Bekämpfung des einen oder andern Symptomes, sondern mit der Heilung des ganzen kranken Menschen zu tun. Denn was nützt eine Therapie, die nach der einen Seite um so viel oder vielleicht mehr schadet, als sie nach der andern Seite gutmacht? Und hier muß ich darauf hinweisen, daß von den 14 aktiv behandelten Fällen 13, d. i. 92,85 Prozent, als geheilt entlassen werden konnten, während 1 Fall oder 7,14 Prozent mit Exitus letalis endete. Ist diese Mortalität von 7,14 Prozent in Anbetracht des seltenen Vorkommens der Placentarpolypen nach reifer oder frühreifer Geburt auch nicht sehr groß und erst durch die geringe Zahl der Fälle so hoch, so ist sie immerhin doch groß genug und um so schwerer ins Gewicht fallend, als dieser eine letal endende Fall nicht infolge des bekämpften Symptoms, der Blutung, sondern infolge des thera-

peutischen Eingriffes an Sepsis zugrunde ging. Denn abgesehen davon, daß die Anamnese uns nichts über vorhergehendes Fieber berichtet, betrug die Temperatur abends am Tage des Spitaleintrittes 36,6. Daß dabei die Pulszahl 100 relativ hoch war, darf uns nicht wundern, wenn wir bedenken, daß die Patientin zu wiederholten Malen beträchtlich Blut verloren hatte. Der intrauterine Eingriff, der ja an sich unbedingt notwendig gewesen ist, bedeutete den Zeitpunkt, an dem zugleich mit dem Temperaturanstieg jene Symptome begannen, die die spätere Amputatio uteri forderten und schließlich zum letalen Ausgang führten. Ob die Infektion hier verursacht wurde durch den mit Handschuhen geschützten Finger, der Keime aus der Vulva oder der Vagina verschleppen oder solche aus dem Uteruscarum in die Tiefe des Uterusgewebes einpflanzen konnte, muß dahin gestellt bleiben.

Welche Folgen hatte denn der intrauterine operative Eingriff in Bezug auf den weitern Verlauf, spez. das Fieber, bei der Gesamtheit der Fälle? — Ich schicke voraus, daß 6 von den 14 mit Ausräumung behandelten Fällen oder 42,85 Prozent, in der ganzen Spitalaufenthaltszeit afebril blieben, nämlich die Fälle I, II, III, V, VIII, XV; während 8 Fälle oder 57,14 Prozent im Spital fieberten. Wie weiter aus den Krankengeschichten hervorgeht, sind 9 Fälle [I, II, III, V, VIII, IX, XII, XIII, XV] vor dem Eingriff afebril gewesen. Von diesen 9 afebrilen Fällen bekamen im Anschluß an die intrauterine Operation Fieber 3 Fälle, nämlich VIII, IX, XII, oder 33,3 Prozent der vorher Fieberlosen. Springt uns diese Zahl von 33,3 Prozent schon sehr in die Augen, so muß der Umstand noch mehr unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen, daß 2 von diesen 3 Fällen, nämlich VIII und XII, einen sehr schweren, sogar den schwersten Verlauf von allen 15 Krankheitsfällen nahmen, indem Fall XII, wie wir gesehen, letal endete, Fall VIII erst nach langem fieberhaften Krankenlager der Heilung entgegen ging. Denn, wenn wir auch bei diesem letztern Falle die nachher auftretende Pneumonie nicht als Folge der intrauterinen Injektion anzusehen brauchen, so läßt sich doch nicht läugnen, daß die Parametritis duplex auf diesem Boden beruhte. — Auch bezüglich jener Fälle, die vor der operativen Entfernung des Polypen fieberten, dürfen wir diesem operativen Eingriff nur mit Vorbehalt eine günstige

Wirkung zuschreiben. Wohl wurden von den 5 Fällen, die von Anfang Fieber hatten, 2, d. i. 40 Prozent, durch die Entfernung der Placentarpolypen mit dem Finger, resp. der Abortzange, entfiebert [XI und XIV]. Fall XIV natürlich nur insoweit, als die gleichzeitig bestehende Pleuritis purulenta es zuließ. Dafür aber weisen die Krankengeschichten die gleiche Prozentzahl von vorher Fiebernden auf, die durch den Eingriff zunächst nicht nur nicht entfiebert, sondern im Gegenteil mit höherm Fieber afficiert wurden. Es sind dies die Fälle IV und VII, wobei im Fall IV die Temperatur einen Tag nach der Entfernung des Placentarrestes durch den Arzt auf 40,2 stieg, im Fall VII noch am Tage des Eingriffes ein Schüttelfrost unter Temperaturanstieg auf 40,0 erfolgte, offenbar als Reaktion auf ein tieferes Eindringen der Mikroorganismen ins Gewebe, wenn nicht gar in die Blutbahn. Es ist meines Erachtens ganz ausgeschlossen, daß es sich hier bei diesem postoperativen Temperaturanstieg, sogar verbunden mit Schüttelfrost, bloß um ein Resorptionsfieber, bedingt durch Aufsaugung von Toxinen aus dem Uterus, handeln konnte. Denn in utero waren nun einmal die Bakterien schon vorhanden, das beweist das Fieber, das beweist die Jauchung. Ich könnte mir aber die Möglichkeit kaum vorstellen, daß man unmittelbar an der Stelle eines Bakterienhaufens, zumal in dem der Kontrolle des Auges unzugänglichen Uterus, das Gewebe aufkratzen könnte, ohne daß letzteres von diesen Mikroorganismen durchsetzt würde. Von Braun sagt in seiner Abhandlung über die Placentarpolypen: „Hat auch die Patientin vor der Ausräumung gefiebert, so tritt gewöhnlich einige Tage nach der Ausräumung Entfieberung auf; allerdings kann auch nach der Ausräumung unmittelbar ein Schüttelfrost mit Temperaturanstieg folgen. Hält ein Fieber in den nächsten Tagen an, so ist immer Verdacht, daß zu wenig gründlich ausgeräumt worden ist oder auch, daß die Infektion schon tiefer gegriffen habe, daß sie nicht auf das Endometrium beschränkt war.“ Obwohl ich diese Möglichkeiten beide zugebe, so möchte ich doch noch eine weitere Möglichkeit zufügen, die vielleicht für die anfängliche Behandlung wenigstens einer Anzahl von Placentarpolypen, nicht ohne Bedeutung sein dürfte. Von Braun läßt es nämlich für diejenigen Fälle, bei denen der postoperative Temperaturanstieg, event. mit Schüttelfrost, nicht lange Zeit andauert,

unentschieden, wodurch die Temperatursteigerung und der Schüttelfrost verschuldet sei. Ich glaube sowohl für diese Fälle, wie für viele andere Fälle, bei denen nach dem intrauterinen Eingriff noch erhöhtes Fieber längere Zeit anhält, die Lösung in der obigen Erklärung gefunden zu haben. Ich halte es also nicht für notwendig, daß bei jenen zum vornherein fieberhaften Fällen von Placentarpolypen, wo post operationem das Fieber für längere Zeit noch höher steigt, die Mikroorganismen schon vor der Operation das Endometrium überschritten haben mußten, sondern diese können ebensogut durch die intrauterine Operation selber in das Gewebe eingeimpft und der Lymph- und Blutbahn zugeführt werden. Das zeigen ja auch zur Genüge meine Fälle VIII und XII, die vorher fieberfrei waren. Auch Goedecke teilt einen ähnlichen Fall mit. Die Pat. kam mehr als 30 Tage post partum, nach fieberfreiem Wochenbett, wegen schwerer Blutungen in Behandlung. Der Muttermund fand sich zugänglich und es wurde ein kirschgroßer Placentarpolyp entfernt. Darnach stieg die Temperatur auf 40,0; nach 2 Tagen Entfieberung und normaler Verlauf. In diesem Falle, wie in meinen Fällen VIII und XII, ist es ohne weiteres klar, daß die Infektion nicht schon vorher das Endometrium überschritten hatte, sondern beim Eingriff erst gesetzt wurde. Bei schon in utero vorhandenen Mikroorganismen ist dann die Wirkung des intrauterinen Eingriffes erst recht klar. Es wird durch diesen Eingriff — besonders bei Fällen von Placentarpolypen, die nicht allzulange Zeit post partum operativ entfernt werden — der mächtigste Schutzwall gegen die Mikroorganismen, wie sich mein verehrter Lehrer von Herff ausdrückte, der Granulationswall Bumms zerstört. Ist einmal diese Schanze gefallen, dann wird es viel schwieriger, wenn nicht gar unmöglich sein, dem weitern Vordringen der Mikroben Einhalt zu tun, während dies vorher bei abwartendem Verhalten in einer großen Zahl von Fällen wenigstens noch zu verhüten gewesen wäre. Mit dieser Tatsache, scheint mir, haben wir bei der Wahl unserer Therapie zu rechnen, und außerdem mit der zweiten, daß es nämlich eine absolute Keimfreiheit unserer Hände selbst bei Anwendung der besten uns zu Gebote stehenden Desinfektionsmittel nicht gibt, und selbst bei Anwendung von Gummihandschuhen mindestens Keime aus der Vulva und Vagina, deren Desinfektion ja erst

recht unmöglicht ist, verschleppt werden können. Daher kann es recht wohl möglich sein, daß, obschon für gewöhnlich unsere Desinfektion Genüge leistet, für den einen oder andern Fall die wenigen mit Fingern verschleppten Mikroorganismen einmal eine ernste Gefahr beim Eingriff bedeuten können.

Es ist also der intrauterine Eingriff zur Entfernung von Placentarpolypen nicht in jedem Falle ohne Gefahr. - Freilich darf ich nicht verkennen, um noch einmal kurz unsere Fälle IV und VII zu streifen, daß in beiden Fällen dem bedrohlichen Temperaturanstieg eine Krisis folgte derart, daß jetzt das Fieber nicht nur auf die frühere Höhe zurücksank, sondern ganz schwand, und es ist ja unbestreitbar, daß die Entfernung des Fieber verursachenden Placentarrestes an sich nur wünschenswert sein konnte. Deswegen bleibt der intrauterine Eingriff nichts destoweniger mit gewissen Gefahren verbunden. Wenn in diesen beiden Fällen die nach der Operation anfangs bedrohlichen Erscheinungen in verhältnismäßig kurzer Zeit nachließen und nicht den schlimmsten Ausgang erreichten, ist das nicht zum Verwundern. Haben wir doch außer dem oben genannten Granulationswall noch andere Schutzvorrichtungen gegen die Bakterien, ich meine die Alexine und die Antitoxine. Und wer könnte bestreiten, daß in diesen beiden Fällen nicht vielleicht andere gleichzeitig getroffene therapentische Maßregeln, wie Verabreichung von Secale, das Eintreten jener postoperativen Folgen hinderten, wie sie die Fälle VIII und XII aufweisen?

Noch viel ernster lauten die Resultate der „aktiven Behandlung" der Placentarpolypen nach rechtzeitigen Geburten, welche Richard Puppel in seiner Abhandlung: „Ueber die Beziehungen der Eihaut- und Placentarretention zum Puerperalfieber" veröffentlicht. Seine Beobachtungen betrafen 22 Fälle aus der Königsberger gynäkologischen Klinik und Poliklinik, welche alle mit Ausräumung behandelt wurden. 13 Fälle Fälle oder 59,09 Prozent waren bis zur Ausräumung fieberfrei, die Ausräumung geschah bei diesen fieberfreien 13 Fällen vom 6. bis zum 63. Tage post. partum. Indikation zu den 22 Ausräumungen war 14 Mal Blutung allein und 7 Mal Fieber und Blutungen.

„Der Einfluß der Ausräumung," sagt Puppel, „ist oft, wenigstens zunächst, kein günstiger". Er weist dann nach, daß von 9 vorher fieberhaften Fällen nach der Ausräumung nur 2,

d. i. 22,2 Prozent entfiebert waren, während von 13 vorher fieberfreien Fällen nachher 8, d. i. 61,5 Prozent Fieber bekamen und zwar 4 Fälle leichtes und 4 Fälle schweres Fieber; in 5 Fällen unter Schüttelfrost. Nach der operativen Ausräumung waren somit nur 7 Fälle fieberfrei, während die andern 15 Fälle fieberten, und zwar 6 Fälle wegen Endometritis puerperalis, 5 Fälle wegen Parametritis, 4 Fälle wegen Pyämie. Zwei Fälle nahmen einen letalen Ausgang, und zwar stellte sich die Verschlimmerung bei beiden, schon vorher fiebernden Fällen direkt im Anschluß an die Ausräumung ein.

Auch Martini weiß von einem ähnlichen Fall zu berichten. Es handelte sich um eine VI para. Wegen Blutung Credé. Während der ersten 6 Tage kein Fieber, kein Blutabgang, kein Fötor der Lochien. Am 7. Tage fand man den innern Muttermund noch offen. An der Placentarstelle saß eine Masse, die sich leicht abdrücken ließ und aus Placentar- und Eihautresten bestand. Sodann intrauterine Ausspülung und Ergotin. Vom 8. Tage an Fieber, das am 11. mit 39,4 seine Akme erreichte. Kein Fötor des Wochenflusses. — Auch dieser Fall zeigt uns deutlich, daß das aktive Ausräumen von Placentarpolypen keine gleichgültige therapentische Maßregel ist. Denn auch hier schloß sich das Fieber unmittelbar an die Entfernung der retinierten Reste an.

Wie verhält es sich nun mit den intrauterinen Spülungen in Bezug auf Erfolg oder Mißerfolg? — Von 6 vorher afebrilen Fällen, die gespült wurden, blieben 4 die ganze Zeit afebril, nämlich die Fälle II, III, X, XV; während 2 Fälle nachher fieberten, der eine schwer [XII], der andere leicht [IX]. Es zeigen diese beiden letztern Fälle und besonders Fall XII, daß die intrauterinen Spülungen die Folgen der frisch gesetzten Infektion nicht aufzuhelten vermochten, wenn nicht sogar beförderten — Von den vorher fiebernden 5 Fällen wurden durch die intrauterinen Spülungen günstig, oder besser gesagt, wenigstens nicht ungünstig beeinflußt 2 Fälle, nämlich XI und XIV, d. i. 40 Prozent der vorher fiebernden Fälle. Denn es ist schwer zu sagen, wie viel vom Erfolge auf Kosten der Spülungen, wie viel auf Kosten von andern therapentischen Maßregeln, speziell auf Verabreichung von Secale fällt, dessen wohltätige Wirkung auf die Selbstdrainage des Uterus ja bekannt ist. Bei den 3 andern vorher fiebernden Fällen stieg nach den

Spülungen das Fieber höher, jedoch läßt sich auch hier ein sicherer Schluß nicht ziehen. Meiner Ansicht nach dürfte der Wert der antiseptischen Uterusspülungen bei Placentarpolypen, resp bei deren Ausräumung, nicht allzu hoch sein. Haben wir es nämlich mit nicht inficierten Fällen zu tun, dann scheint mir der Zweck der Spülungen nicht recht einzuleuchten. Handelt es sich aber um inficierte Fälle, dann ist die Möglichkeit vorhanden, daß durch die Spülungen die Mikroorganismen in das Gewebe, das schon mehr oder weniger erkrankt und dadurch widerstandsloser ist, tiefer hineingeschleudert werden. Nur wo starke Jauchung bei Placentarpolypen vorhanden, dürften vorsichtige Spülungen unter Kontrolle von Temperatur und Puls versuchsweise zur Entfernung gröbster jauchiger Gewebsfetzen angezeigt sein.

Aus der Betrachtung meines Materials und aus den Beobachtungen anderer Autoren geht das Eine mit Evidenz hervor, daß intrauterine Eingriffe zur Entfernung von Placentarpolypen keine für die Gesundheit der Patientinnen indifferente Operationen sind, sondern im Gegenteil gelegentlich gefährlich, sogar sehr gefährlich werden können. Anderseits haben wir an Fall X ein schönes Beispiel, wie in manchen Fällen retinierte Placentarstücke auch spontan abgehen können. Auch Tissier [zit. n. Puppel] berichtet einen solchen Fall, wo ein retiniertes Placentarstück nach fieberfreiem Wochenbett am 69. Tage post partum ausgestoßen wurde. Nehmen wir dazu den von R. Puppel so klar geführten Nachweis, daß Placentarretention an sich nie Puerperalfieber erzeugt, und daher das Absuchen des Uterus nach retinierten Placentarstücken bei Puerperalfieber keine Berechtigung hat, berücksichtigen wir ferner die Aeußerungen Schröders und Spiegelbergs, wonach die Vaginaltamponade, die nach Schröder für die Stillung der Blutung in ältern Fällen von Placentarpolypen meist ihren Zweck erfüllt, unter Umständen den Placentarpolypen zum Aussoßen bringt, dann muß ich zu folgenden Schlüssen kommen:

1) Bei bestehendem Fieber ist die Entfernung der Placentarpolypen so schonend wie nur möglich, jedenfalls nur mit dem Finger unter Vermeidung der Curette auszuführen.

2) Wegen leichter Blutung soll man nur dann intrauterin eingreifen, wenn alle andern therapentischen Mittel nutzlos erschöpft sind, bei schwerer Blutung muß jedoch der Placentar-

polyp unbedingt entfernt werden.

3) Beim Eingriff soll die peinlichste Asepsie beobachtet werden, und, um die Cervise endlich möglichst zu schonen, soll eine etwaige Erweiterung mit Hegarstiften, nicht aber mit Quellstiften vorgenommen werden.

Literatur.

1. Richard von Braun-Fernwald: Fibrinöser od. Decidualpolyp u. Placentarpolyp. Von Winckels Handbuch der Geburtshilfe.

2. Richard Puppel: Ueber die Beziehungen der Eihaut- u. Placentarretention zum Puerperalfieber. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1909, Bd. LXIV. Heft 3.

3. Hegar: Die Pathologie und Therapie der Placentarretention. Berlin 1862.

4. Schröder: Ueber fibrinöse und Placentarpolypen. Würzburg 1870.

5. E. Fränkel: Beitrag zur Lehre vom fibrinösen Polypen. Arch. f. Gyn. 1871. S. 76 u. f.

6. Heidemann: Der fibrinöse Placentarpolyp. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1902. S. 266.

7. Zweifel [Gesellschaft f. Geb. u. Gyn., Leipzig] Zentralbl. für Geb. u. Gyn. 1907. S. 154.

8. Estéoule: Ueber Placentarpolypen. Dissert. Paris 1904.

9. E. Herz: Zur Uterusperforationsfrage. Ref. Zentralbl. f. Geb. u Gyn. 1908. S. 215.

10. J. Cappon: De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. Paris. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1906. S. 889.

11. Kleinwächter: Die Therapie der Retention der Placenta und deren Partikeln. Heilkunde 1902. Heft 10.

12. Walther: Spätblutungen im Wochenbett, verursacht durch Placentarpolypen. Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897. Nr. 10.

13. Martini: Ueber das Zurückbleiben von Eihaut- u. Placentarresten bei vor- u. rechtzeitigen Geburten. Münchener Med. Wochenschr. 1888. XXXV. 38.—40—

14. Goedecke [Gynäk. Gesellsch., Dresden]. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1904. S. 854.